

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE ^{N°} 231
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PRÉSENTÉE PAR

Roger PRAT

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Né le 26 Mars 1896, à Lyon (Rhône)

**Des traitements actuels
du Psoriasis**

Travail effectué dans le service et le laboratoire de Radiothérapie
de M. le Docteur Louste, médecin de l'hôpital Saint-Louis

Président : M. GOUGEROT, Professeur

EDITION

DE LA

REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET D'HYGIÈNE GÉNÉRALE

7, rue Gustave-Nadaud, 7

PARIS (16°)

1929

182

Des traitements actuels du Psoriasis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543731_0011

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PRÉSENTÉE PAR

Roger PRAT

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Né le 26 Mars 1896, à Lyon (Rhône)

Des traitements actuels du Psoriasis

Travail effectué dans le service et le laboratoire de Radiothérapie
de M. le Docteur Louste, médecin de l'hôpital Saint-Louis

Président : M. GOUGEROT, Professeur

EDITION

DE LA

REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET D'HYGIÈNE GÉNÉRALE

7, rue Gustave-Nadaud, 7

PARIS (16^e)

1929

I. — PROFESSEURS

LE DOYEN : M. ROGER

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
	BEZANÇON.
Clinique médicale	ACHARD.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUBBIT.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.



Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA.
	MAUCLAIRE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie.
AUEERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

HOVELACQUE	Anatomie
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (Fernand) ..	Pharmacologie.
METZER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
OLIVIER	Anatomie

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Physique.
ZIMMERN	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE ...	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, Professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBART	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE LUDOVIC

Victime de son élan patriotique

Tombé au champ d'honneur

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE VALENTIN

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Avec ma reconnaissance et toute
mon admiration pour son œuvre.

A MA BELLE-MÈRE, MADAME VEUVE S. PRAT

Sa collaboratrice dévouée

A MA FEMME JANE

— dont la tendresse intelligente
m'a toujours soutenu et encouragé.

A MES PARENTS

« MEIS ET AMICIS »

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique Dermatologique

à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Pour le grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la pré-
sidence de notre thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUSTE

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

qui a bien voulu nous donner
l'idée de ce travail.

Notre respectueuse reconnais-
sance pour les marques de bien-
veillance qu'il nous a témoi-
gnées durant deux années pas-
sées dans son service.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

Chirurgien de l'hôpital Cochin

A MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

Médecin de l'hôpital Cochin (*in memoriam*)

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENORMAND

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié

A MONSIEUR LE DOCTEUR GANDY

Médecin de l'hôpital Lariboisière

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIR

Chirurgien honoraire des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE MASSARY

Médecin de l'hôpital Lariboisière

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur de l'hôpital Lariboisière

EXTERNAT

PREMIÈRE ANNÉE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDET

Chirurgien honoraire des Hôpitaux

2^e ANNÉE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LESAGE

Médecin de l'hôpital Hérold

3^e ANNÉE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LORTAT-JACOB

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

5^e ET 6^e ANNÉE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUSTE

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

EXTERNAT

4^e ANNÉE

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL GARNIER

Médecin de l'hôpital Lariboisière

Hommage de ma très sincère
reconnaissance pour sa bien-
veillance, de mon respectueux
dévouement et de ma vive gra-
titude pour l'enseignement qu'il
me donna.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SIREDEY

Médecin honoraire des Hôpitaux

En témoignage de gratitude
pour l'aide morale constante et
les judicieux conseils qu'il me
donna.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BRULÉ

Médecin des Hôpitaux

Dont je n'oublierai jamais le
bel enseignement et sa très gran-
de bonté à mon égard.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. ROBINO

Qu'il soit assuré de ma recon-
naissance et de mon dévoue-
ment.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GROLLET

En témoignage de ma vive
sympathie et avec tous mes re-
merciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEVY-FRANKEL

Assistant

A MONSIEUR LE DOCTEUR THIBAUT

Assistant

A MONSIEUR LE DOCTEUR JUSTER

A MESSIEURS LES DOCTEURS RIVET, ROGER,
A. RAVINA, TRUCHOT, LÉIBOVICI ET CHAPON

Des Traitements actuels du Psoriasis

INTRODUCTION

Au cours de nos deux dernières années d'externat passées dans le service de M. le Docteur LOUSTE, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, il nous fut permis de voir appliquer quelques-uns des nouveaux traitements du Psoriasis mis en œuvre ces dernières années.

Aussi avons-nous eu l'idée d'y consacrer notre thèse de Doctorat en rapportant quelques-unes de nos observations.

A la fin de nos études médicales, il nous est agréable de bénéficier encore quelques temps de l'enseignement du Maître, en traitant ce sujet sous les directives qu'il a bien voulu nous donner.

Nous profitons de cette occasion pour lui avouer toute notre reconnaissance, non seulement pour tout ce qui est de lui dans ce travail, mais aussi pour sa bonté, son indulgence habituelle et la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner en toute occasion.

La mise au point de ce travail nous a été facilitée grâce à l'accueil cordial, aux renseignements ordonnés et précis que nous avons trouvés auprès de M. le Docteur JUSTER, auquel nous sommes heureux d'adresser ici l'expression de toute notre gratitude, trop faible hommage, semble-t-il, pour le service rendu.

Nous adressons tous nos remerciements à Messieurs les Docteurs LÉVY-FRANKEL et THIBAUT qui, tant dans le service hospitalier que dans l'élaboration de cet ouvrage, n'ont cessé de nous prodiguer si largement leurs conseils autorisés. Qu'ils croient à notre inaltérable et profonde reconnaissance.

Nous remercions aussi M. le Professeur GOUGEROT d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'être notre président de thèse.

Que nos maîtres, à la Faculté et dans les Hôpitaux, qui ont dirigé nos études médicales, reçoivent ici l'expression de notre gratitude.



Nous ne saurions, dans cette courte étude, apporter que de l'inédit, car, cette question des traitements actuels du Psoriasis a déjà fait l'objet de nombreuses communications

et de plusieurs thèses que nous citons. Mais peu d'auteurs ont fait le parallèle entre ces divers traitements. Nous nous attacherons à le faire ici et à montrer leur relation avec la question de l'étiologie encore obscure du Psoriasis.

Les traitements actuels du Psoriasis, nés dans les vingt-cinq dernières années, sont nombreux et il est difficile de les classer de façon rigoureuse. A part les pommades et topiques classiques que nous passerons sous silence, on peut en distinguer 4 grandes catégories :

1° Le traitement interne par les agents chimiques dont les principaux sont : l'Arsenic, le Salicylate de soude, le Mercure, le Soufre, l'Or, le Bismuth, qui peuvent être associés parfois ;

2° Le traitement opothérapique soit par administration per os ou en injection d'extrait de glandes à sécrétion interne ; soit par excitation des glandes endocrines du malade par la radiothérapie à faibles doses ;

3° Traitement local par les Radiations U. V. Rayons X ;

4° Traitement par choc, par exemple les vaccins de DANYSZ, l'autohémothérapie.

Enfin, certains procédés sont des plus difficiles à classer tels les traitements du Psoriasis par l'électrocoagulation d'un élément.

Comme nous ne saurions passer en revue tous ces traitements, nous nous bornerons à l'étude d'un certain nombre d'entre eux en les mettant chaque fois en parallèle avec des

traitements comparables dans leurs effets. Leur mode d'action est encore mal défini d'autant que l'on ignore la nature vraie du Psoriasis. L'étiologie de cette affection n'est, en effet, pas encore déterminée, et, des nombreuses hypothèses forgées, aucune n'a reçu de confirmation pleine et entière.

Nous commencerons cette étude par l'exposé de ces diverses théories, puis nous exposerons les résultats donnés par la chimiothérapie, l'endocrinothérapie et l'actinothérapie.

Au chapitre bibliographique que nous nous sommes efforcés de rendre le plus complet possible, on trouvera énumérés la plupart des ouvrages ayant trait à la question.

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS

**Orientation nouvelle de la Thérapeutique
du Psoriasis*****Étiologie du Psoriasis***

L'on a beaucoup discuté et l'on discute encore sur la cause du Psoriasis, et la lumière est loin d'être faite sur cette question.

L'on a considéré l'éruption psoriasique, tantôt comme une maladie autonome due à un agent infectieux ou parasitaire que l'on s'est efforcé de déceler, tantôt comme l'expression cutanée récidivante et durable d'une affection générale. On s'est appuyé sur telle ou telle variété de cas (héréditaires ou familiaux) pour soutenir une des théories énoncées.

D'une manière générale, les dermatologistes se divisent sur cette question en 2 grands clans :

Les partisans de l'origine infectieuse.

Les partisans de l'origine non infectieuse.

Ces clans se divisent eux-mêmes en plusieurs groupes.

Parmi les partisans de l'origine infectieuse il y a :

a) Ceux qui considèrent le Psoriasis comme une infection locale cutanée due soit à un parasite ou à un microbe spécifique siégeant dans les lésions éruptives ;

b) Ceux qui soutiennent que l'agent du Psoriasis est un microbe non spécifique se localisant sur les téguments, et que l'éruption particulière est due à la nature du terrain ;

c) Ceux qui soutiennent que le Psoriasis est la manifestation cutanée d'une maladie infectieuse générale, pouvant avoir d'autres localisations simultanées ou non (syphilis).

En faveur de l'origine infectieuse, spécifique ou non, on a cité entre autres arguments la disposition particulière des éléments (circinés), leur extension progressive, avec effacement au centre ; leur régression du centre à la périphérie sous l'action des traitements ; l'influence des antiseptiques, enfin *quelques cas de contagion* fort douteux ; mais on n'a jamais pu ni mettre en évidence le microbe ou le parasite du Psoriasis, ni réussir des inoculations (sauf un cas unique de Destot).

La division règne aussi dans le camp des partisans d'une origine non infectieuse : les uns soutiennent l'origine nerveuse du Psoriasis, les autres soutiennent la nature humorale de cette affection.

Les partisans de l'origine nerveuse du Psoriasis, peu nombreux il est vrai, citent quelques cas apparus à la suite d'une émotion violente, d'un chagrin vif, et ils interprètent les arthopathies comme troubles nerveux.

En faveur de la théorie humorale du Psoriasis à laquelle

se rallient la plupart des auteurs, il y a l'hérédité soit du Psoriasis, soit de troubles humoraux (diabète et insuffisance hépathique) ; la disparition sous l'influence de médicaments très divers mais semblant agir par choc tels que les injections de sérum anti-diphtérique ou même de sérum normal de cheval, injections de soufre, de sels d'or, de novarséno-benzol ; la disparition également au moment où se modifie l'équilibre humoral (maladie fébrile, puberté, ménopause, grossesse).

Il faut enfin tenir compte de ce fait qu'il existe indubitablement un facteur cutané. Ne fait pas du Psoriasis qui veut ; il faut avoir la peau apte à cela. C'est, en effet, souvent sur des cicatrices ou des endroits irrités que se développe le Psoriasis : cicatrices de vaccination, de pointes de feu, peau irritée par le frottement d'une bretelle, d'un colis porté sur l'épaule ; le Psoriasis apparaît le plus souvent sur les régions non exposées au soleil (parties couvertes du corps) parfois, mais plus rarement, sur les parties exposées à celui-ci.. Un érythème amène souvent la régression du Psoriasis (mais parfois l'aggrave) et son action est toute locale. Enfin, il ne paraît pas téméraire de penser que la plupart des médications externes n'agissent que comme modificatrices des téguments.

Thérapeutique ancienne

C'est de la confusion des idées sur l'étiologie de cette affection que s'est ressentie et se ressent encore la thérapeutique du Psoriasis.

Pendant très longtemps on a opposé au Psoriasis considéré comme lésion cutanée locale, un traitement local avant tout objectif et clinique. Ce fut le règne des pommades et topiques les plus variés.

Suivant l'étendue des lésions, leur siège, l'âge du sujet, on faisait un décapage pour appliquer ensuite la série classique des réducteurs : l'huile de cade, la chrysarobine, les mercuriaux, l'acide pyrogallique pendant une durée très longue ; les résultats étaient des plus précaires.

Bases de la Thérapeutique moderne

Actuellement encore, bien que cette thérapeutique ne soit plus la seule à opposer au Psoriasis elle est cependant prépondérante :

« Le traitement interne passe presque toujours au second plan », reconnaissait récemment M. LOUSTE, et il ajoutait avec juste raison : « Il faut se rappeler que le Psoriasique est un malade et qu'on ne peut isoler la lésion cutanée de l'organisme tout entier dont elle fait partie. »

Et c'est l'observation clinique de nombreux Psoriasiques, l'étude des conditions d'apparition ou de disparition de certains Psoriasis qui ont suggéré à certains auteurs des directives de thérapeutique interne.

M. LOUSTE rappelait ainsi que le Psoriasis disparaît sous l'influence d'une grossesse, d'une maladie infectieuse et de bien d'autres causes. En effet, on voit cette affection survenir, régresser et renaître sous des influences très diverses. Le Psoriasis apparaît ou reparaît sous l'influence d'un choc émotif, à la suite d'une injection de sérum, à l'occasion de la puberté, de la ménopause ; il disparaît sous les mêmes influences, aux mêmes périodes de la vie génitale ; de même au cours d'une affection fébrile, d'un traitement opothérapique approprié, d'une cure d'insuline, d'une application de radium, etc...

Or, nous savons déjà que certains de ces facteurs d'apparition, disparition et réapparition du Psoriasis coexistent avec une modification plus ou moins considérable de l'état humoral: Il est notoire que l'infection fébrile entraîne une rétention d'eau et de chlorures, de matières azotées, de la leucopénie (typhoïde) ou plus souvent de la leucocytose, des modifications du point cryoscopique ainsi que du P. H. du sang et de l'urine qui reflète en partie l'état du sang.

La puberté et la ménopause s'accompagnent, de même, de modifications profondes du milieu humoral.

L'insulinothérapie entraîne une baisse de la glycémie et une augmentation de la réserve alcaline donc diminution du P. H.

Il y a donc un facteur humoral dans la genèse du Psoriasis. Les altérations organiques humorales dues à l'état infectieux agissent pour modifier du tout au tout les signes cutanés.

L'on a pu interpréter, il est vrai, l'action de certains médicaments tels que salicylate, sels d'As, de Hg, ou de Bi, en faveur d'une origine infectieuse générale du Psoriasis. Mais lorsque l'on considère les réactions violentes auxquelles donnent lieu certains d'entre-eux (en particulier les injections de sels de soufre d'autant plus actives que plus choquantes) l'on peut se demander si leur action ne relève pas d'un autre mécanisme. Il est peu d'agents pathogènes pour qui tant de corps si divers soient des agents spécifiques.

Il nous apparaît comme bien plus probable que ces divers médicaments n'agissent point sur un microbe ou parasite bien hypothétique, mais sur l'ensemble de l'organisme humain, sur le milieu humoral, terme employé dans son sens le plus large et d'ailleurs encore mal défini.

C'est sur ces conditions humorales du Psoriasis qu'il faut porter nos recherches, c'est à leur modification que tend notre thérapeutique actuelle que nous allons maintenant étudier. Nous ne pouvons que reprendre à notre compte les paroles de M. LOUSTE : « Il convient de s'orienter vers une thérapeutique interne visant à modifier le facteur humoral de la genèse du Psoriasis. »

CHAPITRE II

Traitement chimique du Psoriasis

De nombreuses substances ont été employées dans le traitement du Psoriasis ; le salicylate de soude, l'iodure de potassium, les antimoniaux, les arsenicaux, le mercure et en dernier lieu le bismuth ont été utilisés successivement.

Nous nous bornerons à l'étude de quelques-uns d'entre eux que nous avons expérimentés ou qui sont encore en usage d'une façon courante.

Emploi de l'Arsenic

L'usage de l'arsenic dans le traitement du Psoriasis est très ancien. En 1857, déjà DUCHESNE-DUPARC utilisait avec quelque succès l'arseniate de fer à la dose de 15 cgr.

En 1877, deux médecins anglais, LAILLER et SCHAPER donnaient de l'As à leurs Psoriatiques à assez fortes doses.

Les essais les plus intéressants furent faits en 1897 par DANLOS. Déjà, à cette époque, BESNIER recommandait la liqueur de Fowler qui donne quelques résultats, et, récemment

encore, EYRARD citait un Psoriasique dont l'affection était enrayée par l'arsénite de potasse pris de façon continue.

KAPOSI recommandait cette même solution de Fowler, la liqueur de Pearson, de Donovan et les pilules asiatiques.

DANLOS employa successivement l'arsenic métalloïdique le sulfure d'arsenic et l'acide cacodylique, et c'est à ce dernier qu'il donna la préférence, ou plutôt à son sel sodique.

Les résultats qu'il obtint sont exposés d'une part dans une communication à la *Société de Dermatologie*, d'autre part dans la thèse de FOURNIER (13 observations).

L'acide cacodylique neutralisé par le Bicarbonate de Soude au moment de l'emploi est administré soit en ingestion, soit en injection à des doses élevées. Les résultats furent variables: « chez les uns les poussées psoriasiques disparaissent (dit FOURNIER) avec une rapidité remarquable, chez les autres il y a une simple amélioration, mais tous semblent profiter de ce médicament ».

On peut se demander si un tel médicament n'agissait pas par les propriétés toniques générales que nous lui connaissons et qui constituent sa principale raison d'emploi aujourd'hui.

DANLOS eut quelques incidents mais pas d'accident. Cependant d'autres auteurs rapportent des cas d'intolérance (BALZER et GRIFFON). Il est vrai que DANLOS utilisait un acide cacodylique d'origine allemande qui aurait été plus pur et mieux préparé que le produit français utilisé par Balzer et Griffon.

NEUMAN confirme les bons résultats obtenue par DANLOS.

Quittant l'ordre historique, nous rapprocherons des travaux de DANLOS et NEUMAN ceux de BENECH. Cet auteur a employé un autre sel arsenical très voisin du cacodylate, l'acide allylarsinique, plus connu sous le nom d'arsylène.

Il a exposé les résultats de ses essais à la *Société Dermatologique* du 26 janvier 1927.

Selon cet auteur ce composé arsenical serait le mieux toléré à hautes doses et le plus efficace. Il pratique plusieurs séries, chacune de 20 injections de 5 cc à 4 % d'Arsylène tous les jours.

Chaque série est espacée d'un mois. Sur les trois observations citées, il enregistre trois succès:

Les lésions ont toutes disparu rapidement, seule subsiste une pigmentation qui ne s'efface qu'après la 3^e ou la 4^e série.

En 1911, DE AZUA a traité le Psoriasis par des injections de 606 intraveineuses à la dose de 0,40 cgr. Le 606 a provoqué une desquamation abondante et une amélioration du Psoriasis.

La même année, SERRANO et SAINZ DE AJA publient deux cas de Psoriasis guéris par injection de 606 dont un en 4 jours chez un enfant de huit ans. Ils notent que la desquamation consécutive à l'injection est très intense. Les Dermatologistes anglais et en particulier MAC KENNA critiquent beaucoup ce traitement.

En 1919, LANZÉ a traité des Psoriasis par l'injection d'Atoxyl à forte dose (20 à 40 cgr pro die) avec de bons

résultats. Les dangers d'un tel produit (amaurose) l'ont fait abandonner.

Récemment encore on a utilisé le sulfarsénol (chez M. HUDELO) avec des résultats inconstants, et l'acétylarsan avec quelques succès.

D'une manière générale, on peut dire que les arsenicaux ont donné des succès, mais que l'inconstance des résultats ne permet pas de le considérer comme médicament spéci-injecté par un médecin argentin chez un syphilitique Psoriasique.

Sels d'Arsenic et de Mercure

M. SABOURAUD a utilisé l'Enesol, association d'As et de Hg après avoir constaté le bon effet de ce médicament injecté par un médecin argentin chez un ξ Psoriasique.

Le mercure isolément n'a pas donné de résultats constants. Déjà en 1897, FOURNIER, sans sa thèse, note que les essais de traitement par des injections hypodermiques de sels mercuriaux (oxyde jaune, calomel) ne sont pas encourageants, encore que DARIER dise avoir eu de bons résultats.

M. BROCC utilisa avec quelques succès le Biiodure de Hg.

M. SABOURAUD utilisa le salycilarsinate de Hg chez 12 malades et obtint 9 bons résultats et il s'agissait de Psoriasis rebelles à tous les traitements externes. La dose fut de 0,03 cgr par injection faites par série de 20.

Sels d'Or

Certains auteurs ont essayé le traitement du Psoriasis par les injections de sels d'or. Cette thérapeutique a surtout été réalisée en Allemagne en 1926; les résultats en ont été rapportés par SCHWARZ GENT et KLOEPPEL. Ces sels ayant d'abord été préparés en Allemagne, jusqu'à leur fabrication en France, nous avons eu beaucoup de difficultés à nous en procurer, d'où notre retard considérable.

Les sels employés sont le thiosulfate d'or et de sodium et le triphal. Si des essais ont été faits avec le Krisalgan et l'acétyl-krisalgan, ils n'ont point encore été publiés.

En France, MM. BURNIER et LOTTE ont traité 10 Psoriasis par le thiosulfate en injections intraveineuses de 0,25 deux fois par semaine. Sous l'action de ce sel, ils ont constaté trois blanchiements (soit 30 %) mais deux malades récidivèrent. Il n'y a donc que 10 % de résultats stables.

Ces auteurs eurent trois accidents: érythème généralisé avec œdème suintant de la face et des extrémités: consécutivement le Psoriasis fut blanchi. Mais on ne saurait considérer ces blanchiements comme dûs à l'action particulière des sels d'or, car, comme nous le verrons plus loin, tout érythème entraîne le blanchiment du Psoriasis.

HUFFSCHMITT a traité 12 malades, les uns avec le triphal à la dose de 5 à 10 milligrammes, les autres avec la

thiochrysine (5 centigrammes). Les résultats sont les suivants :

- 2 échecs complets malgré 9 à 10 injections ; traitement abandonné.
- 3 améliorations : après 13 à 15 injections chez deux malades. après 6 injections chez un autre, mais l'apparition d'albuminurie fait interrompre le traitement.
- 7 succès complets, soit 58,66 %.
 - 6 avec 11 à 15 injections soit au total : 0,75 de triphal.
 - 1 : 3,25 de thiochrysine.
 - 1 avec érythème à la 2^e injection de triphal.

Ici encore l'on ne peut compter ce blanchiment comme dû à l'action spécifique des sels d'or.

HUFFSCHMITT insiste sur les incidents fréquents : chocs avec température, éxanthème, albuminurie, diarrhée.

En résumé, les sels d'or paraissent être facilement toxiques et on ne saurait être trop prudent dans leur administration.

Sels arsenicaux bismutiques

Plus récemment MM. DEBUCQUET et JAUSION ont introduit dans la thérapeutique un sel complexe d'arsenic et de bismuth.

Déjà l'on avait signalé des succès obtenus avec des sels de bismuth.

Attilio VESARI (de Naples) utilisa le tartrobismuthate

de Na et K (Trépol) qui contient 6 cgr de bi métal par 1 cc. Il fait des injections de 2 à 3 cc. à 5 et à 7 jours d'intervalle. Il traite 21 malades:

12 furent blanchis

9 furent améliorés.

Mais 20 malades présentèrent des récides moins graves il est vrai que le Psoriasis primitif.

THOREL dans une discussion à la *Société Dermatologique* en 1927, dit avoir eu quelques résultats assez bons par le Quinio-Bismuth et il remarque que les Psoriasis récents guérissent plus vite, et les enfants plus rapidement que les adultes.

MM. DEBUCQUET, JAUSION et PECKER qui se sont servis les premiers de l'association As et Bi utilisent le:

Oxy-diéthyl-dicarboxy-diamino isobutirate de Bismuth soluble, associé à l'émétique arsenical de Pyridine.

Ils font remarquer la présence de Pyridine dans ce corps complexe et attribuent à son action une grosse part dans les succès qu'ils ont eus.

Ils avaient traités 15 malades lorsqu'ils firent leur première communication à la *Société de Dermatologie*.

Depuis, à ces 15 observations, s'en sont ajoutées d'autres et toujours les résultats ont été satisfaisants. Ils n'auraient jamais eu d'échecs.

A cette époque, le sel complexe arsenico-bismuthique n'étant pas stable, ils le préparaient au moment de l'emploi par le mélange dans une seringue de 5 cgr du sel arsenical et 2,5 cgr de sel bismuthique.

Depuis, la stabilité de ce complexe ayant été mise au point, le mélange arsenico-bismuthique, toutes proportions gardées, est renfermé dans des ampoules de verre de 3 cc. prêt à être injecté. Les injections doivent être strictement faites dans la lumière vasculaire et un jour sur deux.

Plus récemment encore on a essayé par l'addition d'un analgesique ou anesthésique d'en permettre l'injection intramusculaire. Nous verrons plus loin les résultats obtenus par cette voie d'introduction.

Quoiqu'il en soit, la régression des lésions s'amorce à la 7^e ou 8^e injection et le décapage se parfait à la 20^e.

MM. BURNIER et LOTTE qui ont repris les essais de MM. DEBUCQUET et JAUSION ont traité 26 malades. Leurs résultats sont rapportés dans une communication à la *Société Dermatologique* et dans la thèse de LANDART.

Sur 72 malades, 58 seulement sont à faire entrer en ligne de compte parce qu'ayant suivi régulièrement le traitement, soit 80 %.

Ils ont remarqué que les lésions épaisses et squameuses regressent assez lentement. Les lésions récentes guérissent habituellement, mais non toujours plus vite que les anciennes. Le prurit, s'il existe, disparaît dès les premières injections.

L'amélioration des lésions cutanées débute de la 5^e à la 10^e injection, la rougeur diminue, les squames s'effritent et tombent surtout au centre de la plaque. La bordure périphérique tombe à son tour.

Le blanchiment est obtenu à la 13^e ou 20^e injection.

Mais ils ont eu quelques échecs et quelques intolérances. Voici le tableau indiquant leurs résultats:

Blanchiment total	21 %
Gr. amélioration	44 %
Légère amélioration	23 %
Echecs	12 %
Récidives	10. 7 %
Poussées en cours de traitement	10. 7 %
Incidents légers	18. 3 %
Intolérance	3. 8 %

Sur les 6 malades qui firent une nouvelle poussée, un seul fut blanchi complètement par le même traitement.

Chez deux malades, il y eut des accidents d'intolérance assez grave: albuminurie élevée, stomatite intense, douleurs articulaires.

Chez 10 malades, il y eut des incidents: céphalée, petite stomatite, albuminuries légères, vertiges, douleurs articulaires peu intenses.

Dans sa thèse LANDART rapporte 26 observations de Psoriatiques traités par l'association d'arsenic et de bismuth, dont 17 suivaient régulièrement le traitement.

Echecs	0
Blanchis	8
Améliorés	9

Il signale les résultats particulièrement bons dans le Psoriasis arthropathique.

Enfin dans une communication à l'*Académie de Médecine*, en mars 1929, MM. JAUSION, DEBUCQUET et PECKER rapportent de nouvelles observations. Leurs conclusions

ne sont qu'affermies sur les résultats de ce complexe arsenico-bismuthique dans le traitement du Psoriasis. A la suite d'une légère modification de la technique antérieure, c'est-à-dire en portant la série de 20 à 30 injections au moins et, en renouvelant les séries après espacement d'un mois ou deux tout comme dans un traitement anti-syphilitique, ces auteurs ne comptent pratiquement plus d'échecs; ils entrevoient même la possibilité d'un blanchiment stable. Cette formule arsenico-bismuthique aurait alors pour eux une sorte de spécificité thérapeutique.

Nous avons nous-mêmes, avec M. LÉVY-FRANKEL, traité quelques cas par l'association arsenico-bismutho-pyridinique.

Sur 32 malades dont nous citons plus loin les observations, 27 sont à faire entrer en ligne de compte, les 5 autres ayant cessé le traitement sans en indiquer les raisons. Nous avons observé au cours de ces cures la même évolution des éléments que les auteurs précédents et aux mêmes périodes du traitement, c'est-à-dire entre la 8^e et 15^e injection,

Nous avons de plus remarqué que les injections intramusculaires avec anesthésique, à la dose habituelle, donnent des résultats beaucoup moins rapides et moins nets que les injections pratiquées dans les veines. C'est peut-être cette lenteur de blanchiment et la douleur locale déterminée dans la région fessière qui ont détourné nos 5 malades de leur traitement.

Nos résultats se résument ainsi:

Blanchiment total	16
Amélioration	9
Echecs	2

Il est à noter que chez les 16 malades blanchis, trois présentèrent une récurrence quinze jours après la 20^e injection. Cette récurrence moins importante que la première atteinte, a d'ailleurs été complètement jugulée par une nouvelle série de 10 injections chez les deux premiers et de 15 chez le troisième. Ce qui porte le total des injections par série à 30 et 35, chiffre fixé par MM. JAUSION, DEBUCQUET et PECKER.

Nous noterons également que quatre de nos 16 Psoriatiques blanchis avaient reçu respectivement 15 injections intra-musculaires du complexe arsenico-bismuthique avec anesthésique sans aucune amélioration notable. Ce n'est qu'à la suite de 5 à 8 nouvelles injections, mais uniquement intraveineuses que nous avons obtenu leur blanchiment complet.

Tels sont les principaux médicaments chimiques employés à l'heure actuelle dans le traitement du Psoriasis. Il apparaît difficile de dire comment agissent les sels d'Arsenic, de Bismuth, de Mercure ou leur association. De ce que ces métaux sont les spécifiques de l'infection syphilitique, doit-on conclure, comme MM. JAUSION et PECKER, à l'origine spécifique du Psoriasis.

Cette conclusion ne s'impose pas absolument et il nous paraît plus simple d'avouer que nous ne voyons pas encore le mécanisme de ces sels.

CHAPITRE III

Traitement Opothérapique dans le Psoriasis

Base de l'Opothérapie

Le rôle des glandes endocrines dans l'apparition du Psoriasis fut soupçonné d'abord chez la femme. Chez celle-ci la vie génitale en effet semble avoir une grosse influence sur l'évolution du Psoriasis, et il arrive fréquemment qu'une grossesse entraîne une régression partielle ou complète de cette dermatose (8 cas sur 9 de MM. LÉVY-FRANKEL et JUSTER).

Ce fait avait été déjà signalé par PÉTRINI, par SPILLMANN, PARISOT et SIMONIN.

D'autre part, les observations où le Psoriasis débute à la ménopause sont nombreuses. Parfois au contraire les poussées de Psoriasis surviennent au moment des règles.

Nous verrons plus loin que l'on a relaté des guérisons par l'administration d'extrait d'ovaire.

Mais si l'influence de l'ovaire, niée autrefois par HEBRA est aujourd'hui bien établie, au contraire celle des autres glandes endocrines est souvent impossible à prouver.

Au point de vue clinique, il est rare de trouver un syndrome endocrinien net; on cite quelques cas de goître exophtalmique, d'insuffisance thyroïdienne, d'insuffisance hépatique coexistant avec une hérédité diabétique.

Mais en pratique, ces cas sont rares, et ni les examens cliniques, ni les examens de laboratoire ne montrent de syndrome endocrinien net.

Ces dernières années, certains auteurs ont attaché une grande importance à l'hérédité diabétique et à l'insuffisance hépatique se traduisant par l'hyperglycémie sans glycosurie et l'hypercholestérolémie.

En 1915, PILS voit que dans de nombreux cas de Psoriasis il y a glycémie forte sans hyperglycémie proprement dite.

En 1921, PICK trouve chez 15 Psoriatiques une glycémie de 1 gr. 35.

En 1925, M. RAVAUT trouve chez un Psoriatique à hérédité diabétique une glycémie de 1 gr. 20.

M. LOUSTE trouve chez 2 Psoriatiques, une glycémie

élevée de 1 gr. 52 et 2 gr. 30 (observations citées dans la thèse de son élève BRÉTILLON.

Enfin d'autres auteurs, tels que MM. RATHERY et FROMENT, LORTAT-JACOB et BOURGEOIS, RAYNAUD LACROIX et HADIDA trouvent de même une glycémie élevée allant de 1 gr. 20 à 1 gr. 80.

De nouvelles recherches semblent réduire l'importance de ces troubles humoraux.

SPATZIERER, s'appuyant sur 13 observations, conclut dans sa thèse que :

1° Il n'y a pas chez les Psoriatiques de formule sanguine constante visant la cholestérinémie et la glycémie ;

2° Le taux de la cholestérinémie et glycémie semblent indépendant du Psoriasis.

Opothérapie dite hétérogène :

Se basant sur les troubles humoraux que l'on avait constatés chez un certain nombre de malades, on avait commencé les essais de traitement par l'insuline. Nous exposons plus bas quelques résultats obtenus et ce qu'il faut penser de cette thérapeutique.

En effet, l'on a tenté le traitement du Psoriasis par des extraits d'organes très divers et d'action parfois antagoniste :

MM. LÉVY-FRANKEL et JUSTER obtiennent avec l'extrait d'ovaire 4 guérisons dont une persiste depuis un an.

MM. BERTANZI et VERROTI eurent aussi des succès avec l'extrait ovarien.

MM. LÉVY-FRANKEL et JUSTER blanchissent complètement 2 basedowiennes avec l'hématoéthyröidine.

Par contre, c'est avec le l'extrait thyroïdien que MM. BUSCH, MENEAU, ZABUNER, BROCCQ, HANOVER et HOBSON, RAVAUT, eurent des succès.

MM. LÉVY-FRANKEL et JUSTER ont eu encore 2 succès en employant l'opothérapie thyro-hypophysaire chez 2 obèses.

MM. CARILLON et CROSS ont des succès avec l'extrait de thymus. Par contre Mlle ELIASCHEFF n'a, avec cet extrait, qu'un succès sur 15 malades traités (ce qui n'est guère).

Plus récemment on a utilisé ce puissant extrait glandulaire qu'est l'Insuline.

En 1924, MM. LÉVY-FRANKEL, JUSTER et LACROIX traitent une Psoriasique arthropathique par l'Insuline.

27	unités cliniques	Chabanier	en 9	jours à la 1 ^{re}	Série	
21	»	»	en 7	»	»	2 ^e »
12	»	»	en 4	»	»	3 ^e »
18	»	»	en 6	»	»	4 ^e »

Ils obtiennent la régression des douleurs articulaires tant que l'Insuline est injectée, mais pas d'action sur le Psoriasis et l'effet de l'insuline est sans lendemain.

En 1925, RAVAUT présente à la *Société de Dermatologie et Syphiligraphie* trois malades traités par l'insuline auxquels il a injecté 15×2 unités d'insuline chez deux de ces malades; jusqu'à 15+35 chez le 3^e. Il a obtenu la régression des lésions cutanées mais rechute dès que le traitement fut interrompu.

Lors de la discussion qui suivit, M. LOUSTE dit avoir eu une amélioration chez deux Psoriasiques diabétiques, mais l'influence fut beaucoup plus grande sur le diabète et le prurit que sur les lésions cutanées.

En 1926, M. RAVAUT présente une nouvelle série de 10 malades traités par l'insuline, 45 unités cliniques pro die.
— 4 n'avaient pas d'insuffisance hépatique, ce ne sont que des échecs.

— 6 étaient des insuffisants hépatiques:

1 hyperglycémique et hypercholesterinémique n'est pas influencé;

1 fut amélioré mais traitement irrégulier, abandonné;

4 furent blanchis en 20 jours à 2 mois.

De ces 4, 2 récidivèrent:

1: 11 jours après cessation du traitement. Récidive avortée par l'insuline;

75 jours après, non influencée par l'insuline.

1, 2 mois après, arrêtée par l'insuline mais non blanchie à nouveau.

Dans la même séance, M. LORTAT-JACOB rapporte que sur 5 cas traités, il a eu 2 succès avec 30 unités cliniques pro die, mais 3 échecs même avec des doses élevées d'insuline. Il note l'absence de rapport entre l'hypercholesterinémie et l'action de l'insuline.

BRETILLON, dans sa thèse inspirée par M. LOUSTE,

publie 3 observations nouvelles montrant des améliorations passagères.

A la lumière des observations des différents auteurs (MM. LÉVY-FRANKEL, RAVAUT, LORTAT-JACOB) et des discussions qui suivirent leurs communications à la *Société de Dermatologie*, il résulte que :

1° Un certain nombre de Psoriasiques sont très améliorés ou même guéris par l'insuline, mais que d'une part les échecs sont fréquents, et que, d'autre part, l'on voit des récives parfois insulino-résistantes;

2° Les Psoriasiques qui bénéficient au maximum de l'insulino-thérapie sont les insuffisants hépatiques;

3° Que parmi les insuffisants hépatiques, certains ne sont pas améliorés par l'insuline, et qu'il y a lieu de rechercher si ceux-là n'ont pas une autre insuffisance glandulaire associée.

En résumé, sauf en ce qui concerne l'ovaire et quelques cas rares à syndrome endocrinien net, il n'est guère d'argument clinique en faveur d'une carence ou d'un hyperfonctionnement glandulaire comme cause *constante* du Psoriasis.

Opothérapie dite autogène

Parallèlement aux essais de traitement par les extraits d'organes, l'on a tenté de réaliser l'endocrino-thérapie par l'excitation des glandes endocrines du malade lui-même.

Ces essais dérivent d'une observation fortuite de WALTER BROCK (de Kiel) véritable « hasard heureux ».

On utilisait déjà alors la radiothérapie contre le Psoriasis, mais seulement en irradiations des éléments éruptifs (LANDESMANN, FREUD, WILLIAMS et DORE, ROTHBART). Cette méthode ne semble pas avoir donné tout ce que l'on espérait et M. BROCC la déclarait même dangereuse. Elle semble beaucoup moins pratiquée aujourd'hui.

C'est à la suite de l'irradiation d'une plaque de Psoriasis prétiernale que W. BROCC vit disparaître tous les éléments éruptifs même les plus éloignés de la région traitée.

W. BROCC attribua ce fait à l'irradiation du thymus et la répéta systématiquement. Par cette méthode nouvelle, il déclare avoir eu 66 % de succès en employant la 1/2 dose érythème (dose stimulante).

En Italie, GUARINI, de Naples, par la même méthode, obtint 14 succès sur 15 cas traités.

GAWALOSWSKI, de Prague, compte, sur 82 malades traités, 65,8 % de succès (14 guéris, 40 améliorés, 5 insuccès, 2 aggravations, 21 malades non revus).

STEINER utilise des doses de 4 à 6 H filtrés (6 à 10 millim.) en administrant en même temps de l'extrait de thymus. Sur 11 cas traités : 3 guérisons, 2 améliorations, 1 aggravation, 5 échecs.

En France, M. LOUSTE, en collaboration avec MM. LÉVY-FRANKEL et JUSTER ont fait non seulement l'irradiation du thymus, mais celle d'autres glandes endocrines.

DUPREZ, sous leur inspiration, a consacré au traitement endocrino-radio-thérapeutique sa thèse de Doctorat (1925).

Technique

D'une manière générale les auteurs ont fait l'irradiation de une, deux ou plusieurs glandes endocrines à des doses allant de 2 à 6 H 30/10.

Le matériel employé consistait en une ampoule Pilon, longueur d'étincelle 15, durée 4 minutes par H, filtration 3 m/m aluminium, une séance par mois.

Dans leur communication à la *Société de Dermatologie*, MM. LÉVY-FRANKEL et JUSTER ont publié les résultats suivants, obtenus dans le service de M. LOUSTE :

Irradiation d'une glande

	N. de mal. tr.	Blanchis	Amél.	Échecs
Corps thyroïde	6	1	1	4
Surrénales	16	4	5	7
Thymus.....	16	0	9	7
	dont			
	(3 avec 2 H	(0	(0	(3
	(6 » 4 H	(0	(1	(2
	(2 » 6 H	(0	(5	(2

Irradiation de 2 glandes

Thymus et Surrénales .	4	2	1	1
Thyroïde et Surrénales.	3	1	1	1

Le résultat brut est de 45 cas traités avec 25 guérisons ou améliorations, soit 56.66 % de succès.

Quelques commentaires sont nécessaires

L'irradiation du corps thyroïde n'a donné qu'un seul succès net chez un dysthyroïdien. Les 5 autres cas sont des échecs.

Parmi les échecs de la radiothérapie des surrénales 2 malades ont été guéris secondairement:

un basedowien par l'hémato-éthyroïdine et le chlorure de calcium;

un par l'irradiation du thymus.

Les échecs des irradiations du thymus sont souvent des cas très anciens (12, 14, 22 ans).

D'autre part la dose totale a son influence: certains malades non améliorés par 4 H. sont guéris par 6 H.

MM. LÉVY-FRANKEL et JUSTER ont essayé aussi l'irradiation d'une région indifférente et n'ont eu que des échecs (3 cas d'irradiations de région vertébrale et sacrée).

DUPREZ apporte dans sa thèse de nouvelles observations:

Irradiation des glandes	N. de cas traités	Guéris	Amélior.	Échecs
Surrénales	2	0	1	1
Thymus.....	4	0	0	4
Thymus et Surrénales	9	0	5	4
Thyroïde et Surrénales.....	2	0	2	0
Thymus et Thyroïde.....	2	0	2	0
Thym. + Thyr. + Surrén.	6	0	6	0
Rate	4	0	4	0

Le résultat brut est de 29 malades traités avec 20 améliorations, soit 69 % de bons résultats.

Nous avons nous-même, avec M. JUSTER, traité quelques cas de Psoriasis, par radiothérapie des glandes endocrines.

Dans les 24 observations que nous avons réunies, les irradiations se décomposent ainsi:

Irradiations des glandes	N. de cas traités	Blanchis	Amélior.	Échecs
Thymus.....	4	1	1	2
Surrénales	2	0	1	1
Thymus et Surrénales	4	1	1	2
Thyroïde et Surrénales.....	3	1	1	1
Thymus et Thyroïde.....	2	1	0	1
Thym. + Thyr. + Surrén.	7	2	5	0
Rate	2	0	1	1

Nos résultats bruts de malades blanchis ou améliorés sont de 16 sur 24, soit 66,66 % de bons résultats. Notre moyenne se rapproche donc de celle des auteurs précédents.

Résultats généraux

La méthode de traitement du Psoriasis par radiothérapie des glandes endocrines donne donc des résultats intéressants. Les statistiques montrent en moyenne 60 % de succès.

Des travaux de MM. LÉVY-FRANKEL et JUSTER, de DUPREZ et des nôtres, il résulte que les succès sont d'autant plus nombreux que le nombre des glandes irradiées est plus grand.

Irradiation d'une glande

Thyroïde	33 ; 33 % de succès	(L.F. et J.)	
Surrénales	56 ; 25 % de succès	(L.F. et J.)	50 % DUPREZ. JUSTER et PRAT.
Thymus.	56 ; 25 % de succès	(L.F. et J.)	0/0 DUPREZ. J. et P. 50 %

Irradiation de 2 glandes

Thymus et Surrénales	75 %	(L.F. et J.)	DUPREZ, 55,55 % J. et P. 50 %.
Thyroïde et Surrénales	66,66 %.	(L. F. et J.)	100 % DUPREZ. J. et P. 66,66 %

Irradiation de 3 glandes

Thy. + Thymus + Surrénales	100 %	DUPREZ. JUSTER et PRAT.
----------------------------	-------	----------------------------

On remarquera que le pourcentage de succès par groupe de malades soumis aux mêmes irradiations est excessivement inégal, selon les auteurs; ainsi l'irradiation du thymus donne 56,25 % de succès à LÉVY-FRANKEL et JUSTER (ce qui se rapproche des statistiques allemandes 66 %) et rien que des échecs à DUPREZ.

Doit-on incriminer une faute de technique? C'est peu probable. Nous penserions plutôt que certains sujets ne sont pas justiciables de l'irradiation du thymus et que les 4 sujets de DUPREZ étaient de ceux-là.

On peut donc dire que l'on fait encore l'irradiation des glandes endocrines un peu au hasard, ce qui explique que la proportion des succès soit plus grande quand on irradie deux ou plusieurs glandes.

Les auteurs d'ailleurs ne sont pas d'accord sur la glande qui joue un rôle prépondérant: SAMBERGER (de Prague) soutient que c'est le thymus, mais il est contredit par HOSKINS et HAMMAR.

Divers auteurs ont recherché l'effet de l'irradiation du thymus (rôle de la désintégration des éléments physiologiques du thymus, rôle de la Choline). Mais leurs recherches aboutissent à des conclusions ou négatives ou trop vagues.

On ne sait donc encore comment agissent les Rayons X sur les glandes endocrines, et on reste sur l'hypothèse d'une excitation de leurs sécrétions, encore que divers auteurs avec WEICHBART pensent qu'il y a « choc ».

Inconvénients de la Méthode

Les inconvénients de la méthode résident surtout dans la longueur du traitement (une irradiation par mois; durée du traitements 4 à 6 mois).

On signale peu d'aggravations par les irradiations. WALTER BROCK estime qu'une trop forte dose sur le thymus peut entraîner une aggravation, mais MARTENSTEIN est d'un avis contraire.

MM. LÉVY-FRANKEL et JUSTER ont eu une aggravation par l'irradiation du corps thyroïde; et dans un article de *La Médecine* de 1924, ils disent avoir eu 2 aggravations par l'irradiation du thymus et des surrénales.

En résumé, comme les autres méthodes, l'opothérapie dite autogène connaît des succès et des échecs. Son mode d'action n'est pas entièrement élucidé.

CHAPITRE IV

Traitement du Psoriasis par les Rayons ultra-violets

L'introduction du rayonnement ultra-violet dans la thérapeutique du Psoriasis n'est pas due à une idée préconçue. Elle fut basée sur des observations particulièrement démonstratives ; celles-ci sont rappelées dans un article de MARCERON.

La première observation de Psoriasis traitée par l'ultra-violet semble due à ROLLIN. Cet auteur remarque que pendant un traitement héliothérapique que suivait une petite coxalgique, le Psoriasis dont elle était en même temps atteinte, avait regressé sur toute la zone cutanée exposée au soleil ; par contre, le dos et d'une manière générale les endroits non exposés au soleil présentaient encore des lésions de Psoriasis.

MARCERON rapporte encore le cas d'un enfant soumis à l'héliothérapie dont le Psoriasis guérit sur tout le corps

sauf sur la zone cutanée protégée par le caleçon conservé pour la cure en commun.

Il rapporte enfin l'observation d'un colonial dont le Psoriasis apparaît dans la métropole et disparaît lorsque sur le chemin du retour il a dépassé la Mer Rouge.

Se basant sur ces observations et d'autres analogues l'on essaya d'utiliser les puissants appareils modernes à U. V. qui sont les lampes à arc et à vapeur de mercure.

En 1915, LINSER DE TUBINGEN avait déjà traité plus de 100 cas de Psoriasis.

Il se félicite des bons résultats obtenus par l'héliothérapie ; il fait déjà la remarque que les séances insuffisantes ne donnent aucun résultat et que les séances trop fortes peuvent aggraver le Psoriasis.

D'autre part, il reconnaît que le soleil constitue une source un peu trop faible en U. V. même lorsqu'il s'agit de cures faites à grande hauteur où l'on a un spectre plus riche en ces radiations. Aussi recommande-t-il en l'absence d'une lumière solaire intense de se servir de lampes spéciales. Il n'emploie pas de préparations externes depuis qu'il traite le Psoriasis par l'U. V.

Un certain nombre d'autres auteurs ont apporté des indications sur le traitement du Psoriasis par les U. V. En particulier ALDERSON en Angleterre et BAER en Allemagne en 1923.

Les auteurs italiens avec BIALLUCCO, PIRELLI et VOLIANO, ZAPARELLI ont obtenus eux aussi des résultats satisfaisants.

En France l'U. V. a été employé surtout par MM. GOUGEROT, JEANSELME et MARCERON, MM. LÉVY-FRANKEL et JUSTER.

Indications et contre-indications

Il semble que toutes les formes de Psoriasis, disséminé ou confluent, à squames épaisses ou à plaques légères, accompagné ou non d'arthropathies soient justiciables du traitement par les R. U. V.

La forme anatomique ou clinique du Psoriasis importe peu quant à l'indication du traitement. Cependant, il est un certain nombre de cas où les rayons ultra-violets sont formellement *contre-indiqués*.

Ce sont d'abord les lésions de tuberculose pulmonaire ou rénale, et ce sont là des contre-indications générales des rayons U. V.

D'autre part, on a remarqué que certains Psoriasis sont défavorablement influencés par l'U. V. et peuvent même apparaître ou reparaitre sous son influence : qu'il s'agisse de rayons fournis par nos lampes à arc ou à vapeur de mercure ou de rayons solaires. De tels cas sont cités par MM. AUDRY, PICK, JOSEPH, JERSILD et GOUGEROT.

Il est difficile de dire a priori si tel ou tel Psoriasis sera ou non défavorablement influencé par les Rayons U. V.

On peut le penser et s'abstenir de toute irradiation lorsqu'il s'agit d'un Psoriasis déclanché par le soleil (cas de

JERSILD et cas de M. GOUGEROT) ou lorsque le sujet a présenté des signes d'une sensibilité marquée aux rayons solaires (coup de soleil avec érythème généralisé).

Cependant, il n'y a pas de parallélisme entre la sensibilité du sujet aux rayons solaires et l'apparition du Psoriasis sous l'influence de Rayons (cas cité par M. GOUGEROT).

D'où le conseil donné par M. GOUGEROT de tâter la susceptibilité du malade par des doses faibles avant d'en venir aux fortes irradiations.

Technique

Il faut avant d'appliquer le traitement par les rayons U. V. rendre la peau plus sensible à leur action. Les sensibilisateurs chimiques acridine et ses dérivés ne semblent pas recommandables et sont déconseillés par MARCERON.

Par contre, la majorité des auteurs recommandent le décapage des lésions. L'on peut utiliser pour cela divers produits :

Bains avec savonnage et pommade salicylée (MARCERON) ;

Pommade de Darier appliquée seulement la nuit (MARCERON) ;

Pommade à base de Procuta additionnée d'acide chrysophanique à 5 ou 10 % (JUSTER).

Toutefois, M. GOUGEROT déconseille l'acide chrysophanique et propose :

Le procuta de Brisson ;

La pommade et pâte de goudron ;

La pommade mercurielle (à 5 % de turbith par exemple).

Cependant, pour les Psoriasis rebelles, M. GOUGEROT envisage parfaitement l'emploi alterné des U.V. et de l'acide chrysophanique.

D'après lui l'emploi des rayons ultraviolets ne contre-indique pas l'utilisation des médications externes.

En ce qui concerne l'application des U. V. d'après les nombreux travaux publiés sur la question, les auteurs sont d'accord pour recommander des *irradiations fortes* de nature à provoquer un érythème intense (MM. BIZARD, MARCERON, JUSTER et GOUGEROT) après avoir, toutefois, fait un essai préalable pour dépister les malades trop sensibles ou aggravés par l'U. V. (M. GOUGEROT). Des doses faibles ne donnent que des échecs (MARCERON).

Il faut donc utiliser d'emblée une source riche en U. V. et la lampe en quartz à vapeur de mercure est préférable à la lampe à arc et à fortiori à la lumière solaire.

Cette lampe doit donner de 3.000 à 3.500 bougies. BIZARD et MARCERON placent la lampe à 15 c/m du corps et donnent une dose suffisante (30 minutes) pour avoir un érythème vif, dose qu'ils répètent une fois si c'est nécessaire.

MASSON se sert d'une lampe en quartz de 3.000 bougies qu'il place à 60 c/m du corps et fait des irradiations tous les 2 jours :

la première de 7 minutes
la deuxième de 10 minutes
les suivantes de 12 minutes

et n'a pas à en faire plus de 6 ou 7.

Il applique en même temps la pommade de Darier l'interrompant s'il y a irritation trop grande (halo rouge autour des lésions).

M. GOUGEROT recommande de commencer par des irradiations courtes de 10 minutes, matin et soir, en augmentant chaque jour, d'après la tolérance, de 5 à 10 minutes jusqu'au total de 4 à 6 heures par jour en 2 séances. La durée d'une cure est alors de 4 à 6 semaines.

La dose totale de radiations reçues par centimètre carré de peau est donc variable selon les auteurs et de même le temps pendant laquelle elle est donnée.

Mais quelque soit la technique employée, il est toujours prudent de tâter la susceptibilité du malade par une première dose faible et de ne pratiquer l'irradiation que sur un segment du corps.

Une fois le Psoriasis disparu, des séances d'entretien sont souvent indiquées (MM. MARCERON et GOUGEROT).

Résultats :

Les résultats, nuls avec de faibles doses, sont assez brillants avec les fortes doses, érythémateuses. Le prurit et les arthropathies s'il y en a sont favorablement influencés. La regression après la phase d'érythème est de règle, rapide, complète ou peu s'en faut.

La disparition des éléments s'effectue généralement toujours suivant le même processus : la plaque commence à s'affaïsser en même temps que la peau est moins infiltrée; les squames tombent, la peau pâlit du centre à la périphérie en un temps des plus variables. Quelquefois, il persiste quelques éléments de Psoriasis en gouttes très actino-résistantes contre lesquelles on doit utiliser une traumaticine chrysophanique.

Chez les malades que nous avons traités avec M. JUSTER les résultats les plus rapides et il semble les plus persistants ont été obtenus, ainsi que le signale M. JUSTER, par un traitement combiné énergique : applications de pommades fortes (principalement à base de corps du groupe des oxyméthylantraquinones) et de séances répétées et fortes de rayons ultraviolets sur toutes les plaques.

Pour les érythèmes qui sont d'ordinaire assez forts, nous avons l'habitude de prescrire la pommade suivante :

Menthol		0 gr. 25 à 1 gr.
Goménol		1 à 2 gr.
Vaseline		20 gr.

qui réussit généralement bien.

Des 21 malades traités dans le service dont nous citons les observations :

19 ont été blanchis.

1 s'est montré actino-résistant.

1 a été amélioré et n'est pas revenu.

Des 19 malades blanchis : 3 ont présenté une rechute après 4, 6 et 8 mois. Ils ont, d'ailleurs, été blanchis à nouveau beaucoup plus rapidement.

A la suite du traitement apparaît une pigmentation brune intense mais à laquelle les malades doivent se résigner, car comme nous le verrons plus loin, elle joue un grand rôle dans l'éloignement des récidives.

Celles-ci, en effet, sont possibles. On ne peut pas dire que les rayons U.V. guérissent le Psoriasis. Ils le blanchissent pour un temps variable (3 à 8 mois dans des cas cités par M. GOUGEROT). Mais les récidives sont fréquentes. Elles apparaîtraient lorsque la pigmentation cutanée a disparu (MARCERON) d'où l'indication de « séances d'entretien » chaque mois ou chaque 15 jours, destinées à maintenir la pigmentation et retarder d'autant le retour possible du Psoriasis. Ces irradiations d'entretien seront naturellement moins fortes et moins fréquentes que les irradiations d'attaque.

Si les résultats sont intéressants, la méthode présente cependant deux gros inconvénients :

La douleur vive que cause l'érythème.

La pigmentation d'autant plus ennuyeuse pour les sujets du sexe féminin qu'il la faut entretenir longtemps.

Mode d'Action

Le mode d'action de l'irradiation est encore discuté et discutable et il le sera tant que nous ignorerons la nature vraie du Psoriasis.

Jusqu'à présent l'on a pu considérer :

1° Que les U. V. agissent par l'intermédiaire de l'érythème qu'ils provoquent ;

2° Qu'ils avaient une action toute locale.

En effet, les rayons U. V. n'agissent guère qu'à condition de produire un érythème vif, intense et douloureux disent certains auteurs et n'agissent que sur la région où s'est produit cet érythème.

D'ailleurs c'est presque une règle générale que l'érythème blanchit le Psoriasis. SZKOLNIK, dans sa thèse de Paris en 1920, cite un cas de Psoriasis blanchi après un érythème provoqué par une injection de 606 ; MM. BURNIER et LOTTE plus haut cités voient le Psoriasis disparaître chez 3 malades après un érythème provoqué par les Sels d'Or. HUFFSCHMITT en cite un cas.

Mais il est certain alors qu'à utiliser « l'érythémothérapie » du Psoriasis nous préférons l'érythème actinique localisé à

volonté, à l'érythème généralisé que donnent les Sels d'Or ou autres composés chimiques.

Un certain nombre d'observations semblent démontrer que l'action des U. V. est toute locale. Nous rappellerons celle de ROLLIN voyant le Psoriasis d'une petite coxalgique soumise à l'héliothérapie, disparaître seulement sur la région irradiée et non dans le dos.

Celle de MARCERON relatant le cas d'une fillette exposée au soleil dont le Psoriasis ne persistait que sur les régions couvertes par le maillot.

Ce même auteur a publié dans le *Progrès Médical* le cas d'une autre fillette traitée par U. V., dont le Psoriasis ne disparut à la face que le jour où l'on omit de lui mettre son masque facial : d'où érythème intense et douloureux avec œdème de la face mais blanchiment du Psoriasis.

Cependant en regard de ces observations qui semblent trancher la question, surtout la troisième puisqu'il s'agit d'une source de Rayons U. V. particulièrement puissante, il faut mettre une observation très intéressante de M. RAVAUT.

Cet auteur ayant fait des irradiations localisées sur la région splénique, vit disparaître tous les éléments d'un Psoriasis, même les éléments à distance. (Observations relatées dans une discussion à la *Société de Dermatologie* en 1923).

Le fait que cite MARCERON de Psoriasis de la face ne disparaissant sous l'influence des U. V. que le jour où l'on néglige de mettre le masque facial semble montrer qu'il ne peut y avoir de guérison à distance par un phénomène d'auto-

dermothérapie analogue à ceux que relatent M. RAVAUT (2 malades traités par électro-coagulation) et à sa suite MARGAROT de Montpellier.

Faut-il alors penser qu'il existe une zone sensible au niveau de la rate ? et que des processus intra-spléniques interviennent dans la guérison du Psoriasis ?

A l'appui d'une telle idée viendrait une observation de VALLON citant un cas de Psoriasis amélioré par une application de radium sur la rate.

Mais le même auteur avait vu un phénomène analogue lors de la curiothérapie d'un néo anal puis d'un ganglion inguinal chez le même malade.

Comme conclusion, au point de vue du mode d'action des U. V., on se trouve en présence de données contradictoires pouvant se résumer ainsi :

1° Les U. V. n'agissent que localement et par l'érythème qu'ils provoquent (MARCERON, JUSTER, etc...)

2° Les U. V. agissent ainsi que le radium par application au niveau de la rate.

Ces données ne sont peut-être contradictoires qu'en apparence : l'on a bien rarement envisagé l'action générale des rayons U. V.

On sait, en effet, que l'action des rayons U. V. se manifeste par une augmentation notable de la nutrition, une accélération des échanges respiratoires, une stimulation générale de l'organisme, la disparition de l'état dépressif si fréquent chez les Psoriasiques.

Cette action à priori toute locale va donc se traduire encore par une modification de l'équilibre humoral correspondant aux modifications de la nutrition.

Les Rayons U. V. auraient alors une double action : locale cutanée, générale humorale, qui concourent toutes deux à faire disparaître le Psoriasis.

CHAPITRE V

Déductions tirées de cette étude

A la suite de cette étude nous avons été amenés à nous demander :

1° Si l'on possède aujourd'hui un traitement spécifique du Psoriasis ?

2° Si les résultats donnés par les divers traitements du Psoriasis amènent quelques éclaircissements sur la nature vraie de cette affection ?

1° *Y a-t-il un traitement spécifique du Psoriasis ?*

Nous avons exposé, sinon tous, du moins les principaux traitements modernes du Psoriasis. Nous avons vu que chacun avait à son actif un certain nombre de succès incontestables ; mais aussi qu'avec tous sans exception l'on a eu des échecs ; que certains traitements très actifs chez certains malades étaient formellement contre-indiqués chez d'autres et non toujours par des affections intercurrentes mais encore par le Psoriasis lui-même (R. U. V. aggravant un Psoriasis).

Force nous est donc de conclure que nous ne possédons pas un traitement du Psoriasis maladie mais bien seulement des traitements des Psoriatiques: à chacun sa thérapeutique et bien probablement à chacun sa dose.

2° *Les différents essais apportent-ils quelque éclaircissement sur la nature du Psoriasis.*

Les traitements modernes du Psoriasis nous montrent que cette affection se rattache à ce groupe de maladies comprenant : l'asthme, l'urticaire, l'eczéma, qui sont à la fois sous la dépendance d'un état humoral et d'un facteur local cutané dans le cas du Psoriasis.

Ce facteur local fut longtemps le seul envisagé et combattu ; il l'est encore aujourd'hui par les médications dermatologiques anciennes et modernes : huile de cade, chrysarobine, etc... et par l'U. V. local.

De plus en plus l'on tend et l'on doit, comme le dit M. LOUSTE, s'orienter vers une thérapeutique interne visant à modifier le facteur humoral de la genèse du Psoriasis. Certes, l'on tâtonne et l'on tâtonnera encore quelque temps, jusqu'à ce que l'on soit pénétré plus avant dans la connaissance de cette immense cellule amorphe que constitue le plasma sanguin:

Y a-t-il un équilibre humoral commandant l'apparition du Psoriasis, ou y a-t-il plusieurs variétés d'état humoral compatible avec l'apparition de cette affection ?

C'est ce que de nouvelles recherches nous montreront.

Observations

OBS. I. — M. G., Elias, 35 ans, tailleur, consulte le 12 avril 1927, pour psoriasis en larges placards couvrant les cuisses, les jambes, coudes, cuir chevelu. Début, il y a 12¹ ans. Poussées tous les 6 mois environ.

Reçoit jusqu'au 20 novembre 1928, avec des intervalles de repos d'un et deux mois, un total de 95 injections d'Enésol de 5 c. c. A cette date persistance de nombreux éléments épais et squameux.

Traité par le mélange arseno-bismuthique, est blanchi totalement à la 25^e injection. I. V. Revu le 1^e mai 1929, aucune nouvelle poussée.

OBS. II. — Mlle C., Paulette, 13 ans, présente le 7 avril 1928 un psoriasis généralisé avec poussée subintrantes depuis l'enfance. Grosse amélioration à la 15^e injection I. V. du mélange arseno-bismuthique. A la 25^e, persistance de quelques taches légèrement maculo squameuses. Non revue depuis.

OBS. III. — M. P..., L., 21 ans, d'origine tunisienne, présente depuis 6 mois un psoriasis du visage, des coudes et du thorax. Reçoit 20 injections I. V. du 1^e octobre au 15 décembre 1928. Complètement blanchi. Revu le 12 février 1929. Pas de récidence.

OBS. IV. — Mlle D..., Yvonne, sans profession, 24 ans. Présente psoriasis généralisé datant de 7 ans. Aucun antécédent. Le 7 août 1928, on commence la cure Arsenico-bismuthique. 20 injections I. V. sans aucun changement. Reprise du traitement un mois plus tard. Amélioration légère après la 15^e injection I. V. Rechute après cessation du traitement.

OBS. V. — M. S..., Georges, 30 ans. Psoriasis des coudes et des jambes depuis un an. BW négatif. Aucun antécédent. Le 11 août 1928 mis au traitement. A la 5^e injection I. V. poussée

d'éléments guttata sur les mains et les bras. 15 nouvelles injections I. V. l'éruption pâlit nettement. Après un repos d'un mois, nouvelle série de 15 injections. Blanchi complètement.

OBS. VI. — Mlle H..., Hélène, 18 ans, vendeuse. Psoriasis généralisé avec grosses lésions de la face et du cuir chevelu datant de 2 ans. Reçoit 30 injections I. V. Guérison complète. Trois semaines après, récurrence. 10 injections I. V. nouvelles. Blanchie complètement à nouveau.

OBS. VII. — M. M..., Emile, 61 ans. Psoriasis des coudes et des genoux datant de 8 ans. Reçoit 10 injections I. V. complètement blanchi. Revu 5 mois après, récurrence de larges placards aux coudes. A la 15^e nouvelle injection blanchi complètement à nouveau.

OBS. VIII. — Mlle R..., couturière, 19 ans. Depuis 2 mois, psoriasis marqué aux coudes, aux avant-bras et aux jambes. Aucun antécédent. Du 20 septembre au 3 novembre 1928, reçoit 15 injections intra-musculaires. Etat sensiblement le même. 7 injections I. V. Blanchie.

OBS. IX. — Mme B..., Lucie, 40 ans, employée. Psoriasis guttata généralisé depuis 1 an. A la 15^e injection I. V. grosse amélioration. A la 25^e, blanchiment total. Revue 3 mois après, pas de récurrence.

OBS. X. — M. L..., Georges, 20 ans, comptable ; psoriasis du cuir chevelu, du visage et des coudes apparu à l'âge de 15 ans. 20 injections I. V. Blanchi.

OBS. XI. — M. M..., Lucien, 45 ans, présente le 20 septembre 1928, un psoriasis généralisé à très petits éléments, très prurigineux. Première poussée en 1922. Rechutes fréquentes. Reçoit 17 injections I. V., le malade blanchi n'a pas été revu.

N. B. — A la 4^e injection, malaise général, fièvre, algie dentaire.

OBS. XII. — Mlle V..., Jeanne, 21 ans, employée des Postes, présente le 8 décembre 1928, un psoriasis du visage depuis 6 mois. A la 15^e injection intra-musculaire on ne constate qu'une légère amélioration. 5 injections I. V. Est blanchie totalement.

OBS. XIII. — M. H..., Ernest, 40 ans. Psoriasis généralisé à grands placards apparu à l'âge de 20 ans. Soigné à l'huile de cade chaque année. A partir du 9 janvier 1928 reçoit 25 injections I. V. Pas d'amélioration. 5 nouvelles injections, même état. Le malade ne revient pas.

OBS. XIV. — Mme A..., Cécile, coloriste. Vient consulter le 13 septembre 1928 pour psoriasis datant de 1924. Dans les antécédents, on relève en 1915 une diphtérie, en 1917 une hystérectomie totale. Prise de sang négative. Actuellement psoriasis des jambes, genoux, mollet et coude droits. A la 24^e injection I. V. complètement blanchie. Revue 4 mois après, pas de récurrence.

N. B. — Après chaque injection, algie dentaire et coliques très vives.

OBS. XV. — M. L..., Lucien, crémier, 15 ans. Psoriasis guttata généralisé datant de 6 mois, reçoit 8 injections I. V. Complètement blanchi. On fait tout de même 7 autres injections.

OBS. XVI. — Mme C..., Catherine, 58 ans. Psoriasis ancien dont la dernière poussée remonte à 6 mois. A résisté à tous les traitements externes et à l'Enesol; reçoit à partir du 7 mai 1928 20 injections I. V. Disparition des squames. Il persiste de larges placards rouges. 10 nouvelles injections. Le même état persiste. Améliorée.

OBS. XVII. , Mlle D..., Madeleine, 24 ans. Psoriasis des membres apparu il y a quelques semaines. Reçoit 15 injections intramusculaires. Légère amélioration. 5 injections I. V. Blanchie.

OBS. XVIII. — M. L..., Camille, 24 ans, fumiste. Présente depuis 1 an un psoriasis floride en cocardes. Aucun antécédent.

Reçoit 40 injections I. V. en 2 séries après un mois de repos. Tous les éléments érythémateux ont disparu. Cependant, il persiste au niveau des bras et des jambes quelques éléments squameux. Amélioré.

OBS. XIX. — M. S..., Henri, 16 ans, maroquinier. Psoriasis de la face, cuir chevelu et du thorax datant de 10 ans. Reçoit 15 injections intra-musculaires. Aucune modification appréciable. 7 injections intraveineuses, Blanchi.

OBS. XX. — M. H..., Jules, 57 ans. Psoriasis du thorax, du dos et des membres depuis 15 ans. A suivi tous les traitements. Reçoit 32 injections I. V. Grosse amélioration. N'est pas revenu.

OBS. XXI. — M. B..., Baptiste, 29 ans, mécanicien. Le 25 janvier 1929 présente un Psoriasis disséminé sur tout le corps depuis 8 mois. 20 injections I. V. Disparition sur les membres seulement. 10 nouvelles injections. Même état. Donc amélioration.

OBS. XXII. — Mlle A..., Hélène, 23 ans, sténo-dactylo. Présente psoriasis gyrata généralisé. Mise au traitement le 16 juin 1928. A la 12^e injection I. V. il ne persiste que quelques éléments circinés dans le dos. Après 3 nouvelles injections, cesse son traitement. Grosse amélioration.

OBS. XXIII. — M. P..., J.-M., 19 ans, garçon de café. Psoriasis des membres inférieurs datant de 8 mois. Reçoit 20 injections I. V. est complètement blanchi. 6 mois après, récive, 10 nouvelles injections. Blanchi à nouveau. Revu 4 mois après, pas de rechute.

OBS. XXIV. — Mlle R..., Louise. Psoriasis guttata des coudes, des jambes et du dos depuis 2 ans, avec poussées subintrantes. Reçoit 20 injections I. V. Disparition des squames du dos, persistance d'une pigmentation brunâtre. L'état des jambes et des coudes est sensiblement le même. N'est pas revenue.

OBS. XXV. — M. H..., André, 39 ans. Psoriasis datant de 4 ans. Le 1^{er} décembre 1928, après échec des pommades et de l'En-

sol, est traité par le mélange arseno-bismuthique. A la 18^e injection le malade se trouve amélioré et n'est pas revenu.

OBS. XXVI. — M. B..., Jean, 65 ans, employé. Psoriasis à grands placards sur les coudes, genoux, la face et les fesses, datant de 15 ans; arthropathies multiples des mains et des pieds. 20 injections I. V., très grosse amélioration; il ne persiste que quelques tâches pigmentées mais souples. Les arthropathies ne sont plus douloureuses, mais les déformations persistent (médius droit et auriculaire gauche).

OBS. XXVII. — Mme N..., Marthe, 31 ans, employée de banque. Psoriasis datant de l'âge de 18 ans. Plis interfessier, régions inguino-pubiennes, face dorsale des bras, régions rétro-auriculaires. 18 injections I. V., très grosse amélioration. On poursuit jusqu'à 27, la malade blanchie, n'est pas revenue.

II. — ENDOCRINO-RADIOTHÉRAPIE

Irradiations sur une glande

a) *Thymus*

OBS. I. — M. B..., Albert, plongeur, 25 ans. Psoriasis à larges placards des coudes, genoux et jambes; éléments guttata sur la face et le reste du corps. Début il y a 6 mois. 3 séances de 6 H, blanchi partout sauf genou droit et jambe gauche. Un mois après la quatrième séance, blanchi complètement.

OBS. II. — M. Bl., Jules, 38 ans, journalier. Eruption généralisée datant de 6 ans, avec éléments squameux dans le dos. Traité à la Salle Bichat par axonge et bains d'amidon sans résultat. A reçu trois séances de 10 H 30/10 en trois Portes à un mois d'intervalle. Aucun changement.

OBS. III. — M. D..., Daniel, vernisseur, 22 ans. Psoriasis à éléments très petits, disséminés sur tout le corps datant de un an; très prurigineux. Dernière poussée datant de 15 jours. Présente un lupus érythémateux de l'oreille droite; très amélioré après la 2^e séance, de 6 H 40/10; les éléments sont complètement affaïsés. Amélioré.

OBS IV. — M. G..., Maxime, 29 ans. Psoriasis guttata datant de 8 mois. 4 séances de 6 H 30/10 sans résultat.

b) Surrénales

OBS. V. — M. D..., Roger, 52 ans. Psoriasis à grands placards depuis l'âge de 18 ans; poussées subintrantes. Depuis 1 mois 1/2 forte poussée généralisée avec prédominance aux jambes, aux coudes et aux avant-bras. A eu 2 séances sur le thymus 6 H et sur les surrénales 2 H 30/10. Grosse amélioration. On fait 3 séances sur surrénales 2 H 30/10. Blanchi sauf aux jambes et coudes où les éléments restent apparents.

OBS. VI. — M. Bl..., Eugène, 19 ans, menuisier. Psoriasis depuis l'âge de 3 ans. 8 séances sur chaque capsule surrénale de 2 H 30/10 à 1 mois 1/2, 2 mois d'intervalle. Le malade n'a pas été blanchi. Grandes placards sur les membres et sur le corps.

Irradiations sur deux glandes

a) Thymus et Surrénales

OBS. VII. — M. B..., Arthur, 23 ans, tailleur. Psoriasis guttata ayant débuté il y a 4 mois par le cuir chevelu. Actuellement éléments de la face, des coudes, verge, bourses, régions inguino-scrotales. Prurit assez violent. Rien dans les antécédents. BW négatif. Après une séance sur le thymus de 6 H et les surrénales de 2 H 30/10, la figure a un peu pâli. Aucune modification sur le

corps. Reçoit 3 autres séances sur les mêmes glandes aux mêmes doses: Aucun changement, si ce n'est diminution du prurit.

OBS. VIII. — M. D..., Marcel, manœuvre, 27 ans. Psoriasis généralisé datant de 8 mois. 3 séances thymus 5 H, surrénales 4 H 30/10. Amélioration après la 1^{re} séance. Complètement blanchi après la troisième.

OBS. IX. — M. G..., Charles, 19 ans, dessinateur. Psoriasis guttata datant de 4 ans. 4 séances sur thymus 10 H et surrénales 1 H 40/10. Aucun changement.

OBS. X. — M. G..., Girard, 7 ans, présente le 12 janvier 1929 psoriasis guttata généralisé datant de 1 an 1/2. La mère a eu du psoriasis à l'âge de 20 ans aux genoux et aux coudes dont il persiste actuellement (40 ans) un placard au genou gauche. A reçu 3 séances thymus 4 H, surrénales 1 H 40/10. Disparition de certains éléments. C'est la première fois que la mère constate une amélioration. Encore en traitement.

b) Thyroïde et Surrénales

OBS. XI. — M. Bauf. Charles, 31 ans. Psoriasis généralisé depuis 16 ans. Reçoit 6 séances thyroïde 4 H et surrénales à H 30/10. A la 4^e amélioration, disparition des éléments de la poitrine, du dos et des bras. A la 6^e, il persiste quelques placards érythémateux sur les cuisses et les jambes. Grande amélioration.

OBS. XII. — Mlle Gar..., Germaine, 22 ans. Depuis l'âge de 11 ans présente quelques placards sur le tronc et les membres. La malade réglée à peu près régulièrement présente une érythrocyanose considérable des avant-bras et des jambes. 4 séances corps thyroïde 4 H et surrénales 2 H 30/10. Aucune amélioration; forte pigmentation.

OBS. XIII. — Mme Gors. Anastasie, concierge, 38 ans. Psoriasis généralisé apparu à la 4^e grossesse il y a 12 ans. Reçoit 5 séances thyroïde 2 H, surrénales 6 H 30/10. A la 2^e séance les lésions sont remplacées par des taches pigmentées. A la 5^e blanchiment total.

c) *Thymus et Thyroïde*

OBS. XIV. — Mme H..., Angèle, 35 ans. Psoriasis arthropathique datant de 10 ans. Il y a 16 ans rhumatisme du genou droit avec hydarthrose sans température. Prise de l'autre genou et ankylose du cou. Actuellement impotence fonctionnelle marquée. Psoriasis généralisé sauf à la figure. Aucun antécédent. A reçu 15 injections d'insuline 5 à 10 unités cliniques prodie, sans changement. Reçoit 6 séances thyroïde 2 H, thymus 8 H 30/10. Légère desquamation, éléments moins infiltrés. Pas d'amélioration.

OBS. XV. — M. Len, Louis, 22 ans, employé. Psoriasis guttata généralisé depuis 2 ans. Traitement externe sans amélioration. Aucun antécédent. 4 séances thymus 6 H, thyroïde 2 H 30/10. Blanchi totalement. Revu 5 mois après, aucune récurrence.

Irradiations sur trois glandes

Thyroïde, Thymus et Surrénales

OBS. XVI. — Mlle Mer., Louise, 23 ans. Poussée depuis 3 ans de psoriasis guttata sur le tronc et les membres, récurrences fréquentes. Aucun antécédent. BW négatif, 4 séances: thymus 6 H, thyroïde 5 H, Surrénales 2 H 30/10 à un mois d'intervalle. A la 1^{re} séance, affaissement des éléments qui se continue et à la dernière application quelques éléments squameux, seuls, persistent sur les jambes. Grosse amélioration.

OBS. XVII. — M. Ber., J., 23 ans. Psoriasis depuis 8 mois du cuir chevelu, du thorax, région sacrée et des lombes, face antérieure des jambes. 4 séances, thyroïde 5 H, thymus 6 H, Surrénales 4 H 40/10. Grosse amélioration; blanchi sur tout le corps, les éléments des jambes sont en fragmentation. 5 nouvelles séances aux mêmes doses ; le malade est complètement blanchi.

OBS. XVIII. — M. DI..., Rodriguez, 25 ans, avocat brésilien. Psoriasis du cuir chevelu, des sourcils et du thorax datant de 6 ans. 3 applications thyroïde 5 H, thymus 6 H, Surrénales 4 H 2 (40/10). Effacement des éléments, grosse amélioration. N'est pas revenu.

OBS. XIX. — M. Dor., Marcel, 18 ans. Psoriasis depuis l'âge de 8 ans, localisé en vastes placards aux régions ombilicale, suspubienne et occipitale. Aucun antécédent. 4 séances thyroïde 5 H, thymus 6 H, surrénale 4 H (40/10). Amélioré dans l'ensemble, la région occipitale est à peu près blanchie, le reste se fragmente; 7 nouvelles applications, le malade est blanchi entièrement.

OBS. XX. — Mlle Bl., Yvonne, couturière. Psoriasis du cuir chevelu et des flanc datant de 1919, traitée par les Ultra-Violets pour métrite, a fait une localisation de psoriasis au niveau de la zone d'application. Diminution légère après 15 injections de sérum antidiphtérique. 5 séances radio thyroïde 5 H, thymus 6 H, surrénale 2 H 40/10 ; affaissement des éléments, légère pigmentation; bien améliorée.

OBS. XXI. — M. Ler., J.-Baptiste, 38 ans. Psoriasis depuis 3 ans sur les flancs et les membres, prurigineux. A reçu une séance sur le thymus 6 H 30/10, sans changement. Une application sur les 3 glandes, grande amélioration. Après 3 nouvelles applications identiques l'éruption est très atténuée (surtout sur les bras) le prurit persiste. Grosse amélioration.

OBS. XXII. — Mme Gen..., Lucie, 31 ans. Psoriasis héréditaire ; 1^{re} poussée à l'âge de 25 ans ; siège actuellement surtout

sur les membres supérieurs et dans le dos. 3 séances thyroïde 5 H, thymus 6 H, surrénales 4 H (30/10). Grandement améliorée : effacement presque complet des éléments du dos.

Irradiation de la région splénique

OBS. XXIII. — M. Barr..., Fernand, employé, 36 ans. Psoriasis rupiacé du cuir chevelu, du corps et des membres. Début il y a 6 mois. Dans les antécédents, pleurésie avec épanchement il y a 15 ans. Après une 1^{re} séance le 11 septembre 1926 : thymus 6 H rate 3 H 40/10, les lésions ont augmenté. Le 12 octobre 2^e séance thymus et rate mêmes doses ; un mois après disparition au cuir chevelu ; sur le corps éléments transformés en placards arrondis. Prurit depuis le début de l'amélioration. Après 2 nouvelles applications sur le thymus et la rate, apparition de nouveaux éléments le 18 janvier 1927 ; séance corps thyroïde 5 H, surrénales 4 H 40/10, grande amélioration, il ne persiste plus que les bordures, le 22 février nouvelle application sur la rate 3 H ; l'amélioration semble arrêtée le 31 mars. Après la 6^e application sur la rate, état stationnaire. L'irradiation de la rate semble donc là un échec.

OBS. XXIV. — Mme Mor..., Amélie, 31 ans, blanchisseuse. Psoriasis à grands placards sur tout le corps depuis 5 ans. Dans les antécédents, bronchite chronique depuis l'âge de 18 ans. Signes d'imprégnation bacillaire. 2 séances thymus 6 H, rate 3 H (30/10) ; desquamation abondante ; la malade reprend du poids : 3 kgs 200 en 2 mois. On pratique 3 nouvelles applications sur la rate 2 H 40/10. Tous les éléments sont en voie de disparition à peine visibles, sauf au genou et à l'avant-bras droit. Grande amélioration.

III. — ACTINOTHÉRAPIE

OBS. 1. — M. C..., Edouard, 28 ans, manœuvre. Se présente le 14 mai 1927 pour psoriasis à larges placards sur les mains, bras,

coudes et jambes, datant de 12 ans. Psoriasis guttata datant de 5 ans sur le reste du corps. Un grand placard sacré dépourvu de squames. L'évolution se fait par poussées; jamais de disparition complète. Est mis aux R. U. V., une fois par semaine; les séances sont de 5, 6, 7, jusqu'à 16 minutes. Reçoit 45 applications. Le 9 septembre, le malade est complètement blanchi.

OBS. II. — Mlle C..., Anna, 8 ans 1/2. Le 5 février 1929 consulte pour psoriasis en plaques des coudes, genoux, jambes et paupière gauche. Examen général, gros corps thyroïde; érythrocytose des extrémités. Après sensibilisation par application de pomade, on pratique cinq irradiations de 4, 5, 6 et 10 minutes, grosse amélioration; à la 10^e la petite malade est blanchie.

OBS. III. — Mlle L..., Lucienne, 21 ans, couturière. Psoriasis guttata du cuir chevelu, coudes, abdomen gauche, fesse droite et des genoux. Début 1921. Aucun antécédent. Le 26 mai 1927 traité par R. U. V., 45 applications, complètement blanchie.

OBS. IV. — Mlle D..., M., 17 ans, polisseuse, présente le 1^{er} mars 1928, un psoriasis du tronc, des jambes et du cuir chevelu apparu à l'âge de 7 ans. Dans les antécédents, on retrouve une grand'mère, 2 frères et une sœur psoriasiques, 50 applications, blanchie.

OBS. V. — Mme G..., Georgette, 45 ans. Le 6 septembre 1928, présente un psoriasis face palmaire de la main gauche ayant débuté il y a 7 ans. W. négatif, épreuve du traitement sans résultat. R. U. V., 2 fois par semaine, 20 applications, guérie.

OBS. VI. — M. A..., André, chauffeur, 32 ans. Vient le 12 juillet 1927 pour psoriasis généralisé datant de 4 mois, éruption continue, sans rémission, prurigineuse. Pas d'antécédents, 25 applications, blanchi.

OBS. VII. — Mlle B..., Simone, 18 ans. Psoriasis datant d'un an, caractérisé par plaques nummulaires et quelques éléments guttata

sur les avant-bras et le mollet gauche, le 22 août 1927. R. U. V. 14 applications, blanchiment complet.

OBS. VIII. — Mlle E..., M. L., 15 ans. Psoriasis datant de 6 mois, aux coudes et aux genoux, large placard dans le dos et sur la poitrine. Le 1^{er} octobre 1927, 53 applications, blanchie.

OBS. IX. — Mme G..., Alida, 25 ans. Psoriasis datant de 4 ans, caractérisé par larges placards des membres et du thorax. Dernière poussée, il y a 4 mois: 3 enfants bien portants, à chaque grossesse disparition du psoriasis qui revient un mois après l'accouchement. Traitée par l'Ensol sans grande amélioration, est mise aux R. U. V. le 16 juin 1927, 28 applications, blanchie. Revue 4 mois après, récidive. 15 nouvelles applications, blanchie complètement à nouveau.

OBS. X. — M. A..., Prosper, 41 ans. Psoriasis ayant débuté en 1922 par un placard sur le pectoral droit. Depuis extension progressive surtout importante sur les membres inférieurs. 48 applications, blanchi. Revue 6 mois après, pas de récidive.

OBS. XI. — Mlle C..., Simone, 19 ans, employée. Le 14 février 1928 vient consulter pour psoriasis des genoux et des coudes apparu il y a 6 mois. Pas d'antécédents. 28 applications après décapage aux pommades, blanchie. Revient 6 mois après pour récidive, 12 applications, blanchie à nouveau.

OBS. XII. — Mme F..., Marie, 47 ans, ménagère. Psoriasis à grands placards des membres et du corps datant de 6 mois. 14 séances, blanchie.

OBS. XIII. — M. B..., Jacques, 6 ans 1/2. Psoriasis guttata du corps et du cuir chevelu depuis l'âge de 2 ans. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. 1^{er} octobre 1927, 25 applications, blanchi.

OBS. XIV. — Mme G..., Camille, 27 ans, ménagère. Le 12 décembre 1926 consulte pour psoriasis des coudes et des genoux

datant de 7 ans (familial). Amélioré par la pommade au calomel et à l'acide salicylique. Le 19 mai 1927 mise aux R. U. V. 40 applications, blanchie.

OBS. XV. — M. V..., Gustave, 42 ans. Psoriasis des bras et des jambes, rebelle à tout traitement. Début à 20 ans. Aucun antécédent, si ce n'est un grand-père diabétique. En juin 1927 R.U.V. 38 applications; légère desquamation des éléments des bras. 25 nouvelles applications, pas de changement bien net. 29 autres irradiations, la desquamation des jambes se fait légèrement, mais il persiste encore de nombreux éléments. Aucun résultat appréciable.

OBS. XVI. — Mme G..., Lucie, 43 ans. Psoriasis à très petits éléments du cuir chevelu, des coudes, du thorax et du dos, datant de 18 ans. Dernière poussée il y a un mois, le 9 mai 1926 mise aux R. U. V., reçoit 22 applications; après une absence de 2 mois, refait 24 applications; les éléments ont desquamé, il ne persiste qu'une teinte brunâtre et quelques squames dans le dos et sur les jambes. La malade n'est pas revenue; très grosse amélioration.

OBS. XVII. — Mme B..., Rose, 32 ans, ménagère. Le 27 octobre 1928, psoriasis des genoux et des coudes ayant débuté 3 mois auparavant. Extension des lésions depuis; 38 applications, blanchie.

OBS. XVIII. — Mlle B..., Ginette, couturière, 28 ans. Large placard psoriasique dans le dos datant de 3 mois. Le 26 mars 1927, 18 applications, blanchie.

OBS. XIX. — Mme M..., Jeanne, 29 ans, employée. Psoriasis des avant-bras et du thorax datant de 2 ans. Dernière poussée il y a un mois, 23 applications, blanchie.

OBS. XX. — M. G..., Léon, 33 ans. Psoriasis guttata des membres et du cuir chevelu datant de 5 ans. 40 applications depuis

le 15 mars 1927, blanchi. Revu 8 mois après. Nouvelle poussée sur les jambes et les bras, 21 séances, blanchi; n'est pas revenu.

OBS. XXI. — M. A..., André, 16 ans. Se présente le 5 mai 1928, avec un psoriasis en larges placards du thorax et du dos. Début, il y a 6 ans, prurigineux. Pas d'antécédents. 34 applications. Blanchi.

Conclusions

1° Les différents traitements actuels du Psoriasis sont encore d'efficacité inconstante parce qu'employés empiriquement.

2° La thérapeutique actuelle du Psoriasis se caractérise par l'apparition à côté des médicaments dermatropes employés de toute antiquité, de médicaments humorotropes auxquels semble promis l'avenir.

3° De nouvelles recherches sont nécessaires pour sortir de l'empirisme et arriver à une thérapeutique humorale rationnelle du Psoriasis qui sera la thérapeutique de demain.

Cependant, d'ores et déjà, le Psoriasis cesse d'être toujours une dermatose qui oblige le malade qui en est atteint à vivre le corps enduit de pommades plus ou moins propres et odorantes, et, de nombreux psoriasiques peuvent être améliorés par un traitement interne bien établi qui donne une disparition plus durable des lésions cutanées et une amélioration de l'état général.

VU : *Le Doyen,*

P^r ROGER.

VU : *Le Président,*

P^r GOUGEROT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

Bibliographie

1° TRAITEMENTS CHIMIQUES

AFZELUIS (A). — Forhandl. Nord. Dermat. Foren (Helsingfors) 1923.

AZUA (de). — Actas dermo. siffil. 1911 p. 354.

BALZER et GRIFFON. — Ann. Derm. et 1897.

BENECH. — Soc. Derm. et Syph. 1927 (Fév.)

BORY. — J. Med. Paris, 1919, p. 72.

BURNIER et LOTTE. — (Soc. Dermat. et Syph. 1928, p. 625.

BURNIER et LOTTE. — (Prat. Méd., Septembre 1928.

DANLOS. — An. Dermat. et Syph. 1897. p. 559.

DEBUCQUET, JAUSION et PECKER. — (Soc. Derm. et Syph. 1927
10 Nov.) ; (Soc. Derm. et Syph. 1928 9 Février;
(Bull. Acad. Méd. 1929 27 Mars).

DUCHESNE, DUPARC. — Gaz Heb. Médecine, 1857.

EYRARD. — An. Derm. et Syph. 1911, p. 236.

FOURNIER. — Thèse, Paris 1897.

GENT. — Munch. Méd. Wach., 1926.

GUFFEN. — Br. Méd. J. 1921, p. 41.

- HUFFSCHMITT. — P. M. 1927, p. 91.
- KLOEPEL. — Munch. Méd. W. 1926.
- LAILLER. — F. Médic. 1877, p. 561, 563.
- LANDART. — Thèse Paris, 1928.
- LANZI. — Soc. Ital. di Dermat. Déc. 1909.
- LEZARI. — Pr. Méd. Fr. 1926, p. 351, 355.
- MAC KENNA. — Br. Méd. Journ. 1926, p. 338.
- NEUMAN. — Wiener Derm. Gesellsch 1899.
- PIED. — Ann. Derm. 1912, p. 49.
- SABOURAUD. — La Clinique, 1912.
- SCHWARZ. — D. Med. Woch. 1926.
- SERRANO et SAINZ de AGA. — Revista. Clin. de Madrid, 1911.
- SHAPER. — The Lancet, 1878, p. 474.
- JSZKOLNIK. — Thèse Paris, 1920.
- THOREL. — Soc. Derm. et Syph. 1927.
- TOORNEY. — Urologie and Curat. Revue 1927, p. 747.
- VERSARI. — Riforma Médica 1926, p. 409 ; Lancet, 1926, p. 559 ; Br. J. Dermat. 1925 ; Rev. Sud. Amer. de Endocr. 1924.

II. — TRAITEMENTS ENDOCRINO-THERAPIQUES

A. — Opothérapie et Radiothérapie

- AMORE (d'). — Arch. di radiol. 1927, p. 137.
- BAER. — Arch. für Derm. und Symp. 1921.

- BERTANZI. — *Giornale Ital. delle mal. pelle* 1924, p. 1636.
- BUSCHKE (A.) — *D. Med. Woch.* 1927, p. 792.
- CARILLON. — *Revue Fr. d'endocr.*, 1926 p. 32.
- DOCZYL. — *Dermat. Woch* 1927, p. 1708.
- DUPREZ. — *Thèse Paris*, 1925.
- FISCHMANN. — *Fortsch. a. d. Geb d. Roentgstr* 1927, p. 794.
- FORSTER. — *Arch. Derm. et Syph. Chicago* 1921, p. 639.
- GARINI. — *Giornale Ital. dela Mal. della Telle Mars*, 1922.
- GOWALOWSKI. — *Acta Dermat. Vener. (Stockolm)* 1923, p. 105.
(*Arch. fur. Derm. und Syph.* 1921, p. 157.
- GOERL et VOIGT. — *Munch. Méd. Woch* 1921, p. 1423.
- LESZCZYNSKI (E. Von). — *Derm. Woch.* 1926, p. 1907.
- LESZCZYNSKI (R.) — *Derm. Woch.* 196, p. 1877.
- LÉVY-FRANKEL et JUSTER. — *Soc. Derm. et Syph.* 1923, p. 382
1922 (Nov.) ; *Médecine*, 1924 (Nov.)
- LOUSTE et JUSTER. — *J. Méd. et Prat.* 1926 p. 247, 251.
- LOUSTE. — *Trait. int. du Ps. Méd.* Nov. 1924.
- MESTSCHANSKI. — *D. Méd. Woch* 1925, p. 1874.
- PARKER (J. O). — *Z. Radiol. Amaha* 1925, p. 389.
- REMER (J.). — *Méd. Rich. (New-York)* 1920, p. 355.
- ROCHLIN, KOTSCHNEFF et SCHIRMUNSKY. — (*Ann. de Roentgenol et Radiol.* 1927, p. 236 ; (*Fortsch. a. d. Geb. Roent.* 1925, p. 961.
- ROTHBART. — *Fortsch a. d. Geb. d. Roentg.* 1919 - 1920.
- SCHNEIDER (P) — *Wien. Klin. Woch*, 1922, p. 565.

- STEINER (E). — Dermat. Woch, 1927, p. 656.
- VERROTTI (G). — Réforma Méd. Napoli 1920, p. 321.
(Giorn. Ital. Della Malatti Vener, 1920, p. 477.
- WALTER BROCK. — Dentz. Médiz. Wochsch Nov. 1921.
- WORD (F. F.). — Méd. Y. and. Rev. 1927 p. 216.
- ZIMMERN et COTTENOT. — Réunion Méd. Chir. de la V^e Région
1918.

B. — INSULINOTHERAPIE

- BRETILLON. — Thèse de Paris, 1926.
- GOUCEROT. — Actualités dermatologiques. La Médecine.
HUDELO. — Paris-Médical. 1925-1926.
- LÉVY-FRANKEL, JUSTER et LACROIX. — J. Méd. Paris 25 Oct.
1924.
- LORTAT-JACOB et BOURGEOIS. — Hyperg. et Aff. cut - Soc. Méd.
Hop. 23, 4. 26
- LORTAT-JACOB, LEGRAIN, PÉLISSIER, Soc. Dermat. 11 Fév. 1926.
- PELS. — Journ. Am. Méd. Assoc. 11 Déc. 1915.
- PICK. — Arch. Derm. and Syph. 1924, p. 384.
- RATHERY et FROMENT. — Paris Méd. 1926 (12 Décemb.).
- RAVAUT, BITH et DUCOURTIOUX. — Soc. Dermat. et Syph. Juin
1925 et Fév. 1926.

III. — TRAITEMENT ACTINO-THERAPIQUE

- ALDERSON. — Héliothérapie in Ps. (arch. of Dermat. and Syph. Chicago 1923. D. VII p. 79.
- BACH. — Destrahlung mit Quartz lampe Curt. Kabitzsh. Leipzig, 1925.
- BAER. — Über Hohensormen Wir Rung noch Roentgen bistr. bei Ps. (Arch. fur Derm. and Syph. 1921.
- BIALLUCCO. — Tr. du Ps. pr. U. V. (Raggi ultr. violett. 1925 p. 138 et 1926 p. 148 ; Tr. du Ps., Ann. J ; of phys. Ther. Chicago 1926, p. 206
- BETHMAN (cité in Walter Hausmann) Grunzüge der Lichtbrologie (Urban and Schwarzenberg Berlin 1923).
- BIZARD et MARCERON. — Ps. traité par U. V. à hautes doses Soc. dermat. et Syph. Nov. 1927.
- CASTLE (W. F.). — Rayons U. V. in prat. dermat. (Br. Méd. Journ. 1925 Décembre) ; (Ann. J. of phys thérap. Chicago 1926-27, p. 20). Tr. Psoriasis by the Hg vapour lampe (Practitioner 1925, p. 375).
- DUFESTEL (U. F.). — Héliographie artificielle à Paris, 1924.
- EDSTROIN (G.). — Svenska Läk. Tidning 1927, p. 1546.
- GOUGEROT. — Nouveaux Tr. du Ps. (Bull. Génér. de Thérap. 1926, p. 52; Jour. des Prat. 10 nov. 1928).
- JEANSELME ET MARCERON. — U.V. et Dermat. (Progrès Méd., Nov. 1925).
- JOSEPH. — Derm. Cent. Blatt 1906, p. 358.

- JOLLES (W. H.). — Die Strahlenebehandlung in Dermat. (Nederl. Tijdsch. V. Geneesk, 1921. p. 18).
- JUSILD (O.). — Ann. Dermat. et Syhp., 1927, p. 725.
- KUMMER (de Vienne). — Uber therap. du Ps. (Wien. klin Woch, 1924).
- LINSER. — Uber Behantling d. Ps. int. U. V. licht (Méd. Klunck, 1915, N° 27).
- MARCEPON ET HUET. — Psoriasis et Tuberculides Soc. Derm. Février 1928.
- MASSON. — P. Méd. 1928. Sept. Méth. Prat. du trait. du P.
- PICK. — Derm. Gesellsch in tchekosl, Republ. Sitz, 2 mars 24.
- PORCELLI. — Etat actuel de nos connaissances sur l'U.V. en Dermat. (Revista Italiana di Actinologica, 1926).
- RADAELLI (A.). — Arch. Ital. d.; Dermat. 1927, p. 473.
- ROLLIER. — Rev. Méd. de la Suisse Roman, 1914, p. 73.
- SWARTZ (Z. H.). — The use of the Quartz lamp. in Ps. (Boston, Med. and Surg J., 1925, N° 193).
- TAPARELLI (A.). — Ps. Generalizzata (Raggi U.V. 1926, p. 87).
- VAIANO (de Naples). — Nuove ind. delle fototerapie in dermat. (V^e Congrès Italien d. Radiologie Médicale, Palerme, 18-21 octobre 1923).
- VEREL. — Die Behandlung du Ps; Hall Marhold, 1925.

Table des matières

Introduction	17
Généralités. — Orientation nouvelle de la Thérapeutique du Psoriasis	21
Traitement chimique.....	27
Traitement Endocrino-thérapique.....	38
Traitement par l'Ultra-Violet.....	52
Déductions	64
Observations	66
Conclusions	80
Bibliographie	81

Imp. O. DOUSSET, 47 bis, av. de Clichy, Paris (17^e)
